



Entretien
25 mai 2021

Afin d'alimenter la réflexion sur les questions de territorialisation en santé, LISA conduit des entretiens avec un certain nombre de personnalités. Douzième de cette série : Frédéric Pierru.



Frédéric PIERRU

Frédéric Pierru est sociologue, chargé de recherche au CNRS. Ses travaux portent sur les processus de réforme des systèmes de santé, les recompositions de l'administration sanitaire française, ainsi que sur les transformations de la médecine hospitalière et les mobilisations médicales sous l'effet du déploiement de logiques et d'instruments gestionnaires.

Comment analysez-vous l'évolution du rôle des collectivités locales et la « posture jacobine » de l'Etat en matière de santé et de soutien à l'autonomie pendant la crise sanitaire ?

Nous avons pu constater une forte acrimonie de la part des élus locaux, relayée par les préfets, contre les ARS et leur gestion de la crise sanitaire. Mais ces critiques, dont les ARS ont été l'objet, sont largement injustes. Pour mieux comprendre cette situation, commençons par un rappel historique.

Au début des années 1980, un groupe de réflexion du Commissariat général au plan, animé par Marianne Berthod, a exploré les évolutions possibles de la gouvernance du système de santé. Un des scénarios proposés était la décentralisation, c'est-à-dire le fait de confier le bloc de compétence santé aux collectivités locales (que ce soient les Départements ou les Régions). Les élus refusèrent cette option. C'est pourquoi il est assez cocasse de les entendre aujourd'hui réclamer plus de compétences pour la santé, alors qu'ils auraient pu saisir cette chance dans le passé, comme le montre le rapport Pour une décentralisation du système de santé de 1985-87.

Dans le système de régulation croisée^[1] des années 1970-1980, un jeu assez hypocrite s'est établi : les élus locaux faisant pression sur l'administration déconcentrée de l'Etat et sur les préfets pour obtenir l'ouverture d'un hôpital, d'un nouveau service... Pourtant, en matière de santé, l'administration déconcentrée était faible et il fallait passer par le cabinet ministériel pour atteindre ses objectifs.

Des critiques ont ensuite émergé dès 2009 à l'égard des ARS, provenant en particulier des maires qui supportent les conséquences d'une gestion malthusienne de la démographie médicale. On observe en effet une baisse du nombre de médecins généralistes, qui réduisent de plus leur temps de travail, ainsi qu'un virage hospitalier, avec une demande qui se reporte vers les services d'urgence, ou qui peut conduire à une renonciation aux soins. Les élus locaux sont confrontés à ces problèmes mais n'ont pas les leviers pour agir, les ARS non plus. Nous sommes dans une situation typique de non-décision : tout le monde reconnaît qu'il y a un problème, mais personne ne peut – ou ne veut – le résoudre. Le domaine médico-social en est un bon exemple : comme ce domaine n'a pas de moyens financiers suffisants, les EHPAD sont sous-médicalisés, et on retrouve les personnes âgées sur les brancards des urgences, avec ceux qui n'ont plus de médecin généraliste.

Le système s'est centralisé, technocratisé, verticalisé depuis 1987. Les collectivités territoriales subissent les récriminations de leurs électeurs qui se plaignent du manque de médecins généralistes ou de l'inaccessibilité des médecins spécialistes. Mais pour l'instant, nous n'avons pas trouvé de gouvernance du système de santé capable de résoudre ces problèmes structurels. La gouvernance reste fondamentalement baroque même si la tendance a été la verticalisation.

La décision englobe un grand nombre d'acteurs : la Cnam, les ARS, les administrations centrales, les préfets, les départements... Mais c'est la Cnam qui détient les leviers de réorganisation de la médecine de premier recours. Pour moi, il faut revoir tout le système et passer d'une médecine libérale à un système public de santé de premier recours.

J'ai rencontré Emmanuelle Wargon en 2011, lorsqu'elle était Secrétaire générale des ministères sociaux. Elle m'a parlé de l'introduction d'un nouvel outil : le FIR^[2]. Il s'agissait d'un moyen pour corriger un système de santé trop piloté par le haut. Un peu plus d'un milliard d'euros y a été consacré au départ – en comparaison, l'Ondam représente 200 milliards d'euros. Aujourd'hui, le budget du FIR s'élève à 2,5 milliards d'euros, il reste donc un instrument périphérique. De plus, dans les délégations des ARS, les moyens humains et financiers se sont amenuisés, et leur pouvoir de décision était très faible... Les pseudo pôles territoriaux de l'Etat sanitaire étaient en voie de déliquescence.

La crise de la Covid-19 a ainsi révélé la profonde ineptie de la centralisation du système de santé de ces vingt dernières années. Pour comprendre la gestion de la crise, il faut observer le décalage entre un Etat central qui pensait avoir les moyens pour faire face à une pandémie et la réalité d'une administration en santé peu vaillante, avec des ARS dont le personnel a été drastiquement réduit après le rabout budgétaire imposé par Bercy. L'administration centrale a ainsi découvert que l'administration sanitaire tombait en ruine. Aujourd'hui, nous n'avons pas d'Etat déconcentré. Nous avons d'un côté un Etat central hyper développé, et de l'autre des collectivités locales en difficulté.

Quelle est pour vous l'échelle d'action la plus pertinente en matière de santé ?

Je suis pour un Etat sanitaire fort et déconcentré, à l'opposé de la réforme Bachelot de 2009[3]. Pour moi, il faut retransférer les moyens aujourd'hui logés dans les sièges des super-régions et les donner aux délégations départementales, qui sont davantage en mesure de trouver des solutions en concertation avec les élus locaux, en particulier les maires.

Pour ce qui est de la décentralisation, je pense que personne n'y croit. Aucun président de Conseil départemental ne voudrait avoir à gérer les hôpitaux, les questions de médecine des premiers recours, la maîtrise des dépenses de santé... « Sur la santé, il n'y a que des coups à prendre » m'avait dit un sénateur il y a quelques années. Pour les hommes politiques, la santé est une compétence de l'administration d'Etat : si les hauts fonctionnaires sont si présents, c'est parce que les acteurs politiques ont déserté la scène. Une petite élite de hauts fonctionnaires a donc pris le pouvoir sur le système de santé avec une vision jacobine et centralisatrice. C'est pourquoi l'Etat est devenu impotent et ne peut plus agir en concertation avec toutes les parties prenantes du système de santé.

Dans l'un de vos articles[4], vous parlez de « déconcentration » du système de santé, quelle réalité ce terme recouvre-t-il aujourd'hui ?

Comme je l'évoquais, nous assistons ces vingt dernières années à une centralisation du système de santé, qui ne concerne pas que le réseau de l'Etat. Les caisses primaires, par exemple, n'ont plus d'autonomie de gestion par rapport à la Cnam. Si on prend une période longue, on observe une centralisation du réseau de l'assurance maladie qui a contourné l'échelon régional, qui ne voulait pas être absorbé par l'Etat, et une centralisation de l'administration de la santé permettant de supprimer nombre de fonctionnaires dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques. De l'autre côté, des départements doivent faire face aux risques dépendance et à l'enjeu du médico-social, deux problématiques longtemps déconsidérées, qui sont aujourd'hui importantes.

L'hôpital doit gérer ce que ne fait plus l'amont et l'aval, mais en faisant des économies budgétaires. Cela fait quinze ans que j'enquête sur le sujet, et la crise de l'administration sanitaire est tout sauf une surprise ! Dans les ARS, il y a des gens

compétents mais malheureux, car ils n'ont pas l'argent pour faire ce qu'ils voudraient faire.

La démarche de Marianne Berthod était la bonne : il y avait des scénarios. Si nous voulons construire un système à la britannique, à l'allemande, ou à l'espagnole, il faut s'en donner les moyens... Le système de santé français regroupe un peu toutes ces tendances, ce qui aboutit à un système complètement baroque qui montre ses limites en temps de crise.

Parmi les scénarios que vous évoquez, y en a-t-il un que vous pensez plus envisageable pour réformer la gouvernance du système de santé ?

J'ai toujours un problème avec l'exercice de la réforme en chambre. Ce qui est sûr, c'est qu'on ne peut pas revenir à la démocratie sociale de 1945 : nous sommes allés trop loin dans l'étatisation. En créant les ARS, en fiscalisant les recettes de l'assurance maladie, en réformant l'administration centrale, nous nous sommes engagés sur la voie beveridgienne. Tenant compte de cela, je suis d'avis que la composante administrative principale du système sanitaire soit au niveau départemental, c'est-à-dire un *primary care trust* à l'anglaise où l'on réunifie au niveau local tous les leviers d'action du système de santé.

Les préfets doivent-ils pour autant reprendre le système de santé en main ? Même s'ils ont beaucoup critiqué les ARS après que leur compétence santé leur a été retirée en 2009, la santé est le résultat de nombreuses politiques publiques – environnementale par exemple – qui sont à la main des préfets.

Faut-il supprimer les ARS ? Elles ont fait tout ce qu'elles ont pu avec le peu de moyens qu'elles avaient, mais on pourrait penser à l'avenir à une gestion plus locale, sous la houlette des préfets, dont beaucoup souhaitent en finir avec la bureaucratie et agir sur le terrain.

Cela suppose d'en finir avec la haute main de l'Assurance maladie sur la médecine de ville. Je ne vois pas comment mener une politique de santé territoriale cohérente lorsque l'on n'a pas de compétence sur la médecine de ville de premier recours. Ce bicéphalisme historique a fait son temps.

D'autres scénarios proposent que ce soit la Cnam qui récupère tout : ce qui signifierait la fin de l'Etat et des ARS pour l'Assurance maladie. Mais la Cnam ayant une culture essentiellement financière, et non planificatrice, je pense qu'il ne faut pas opter pour cette option.

Comment peut-on réorganiser les financements du système de santé au niveau local ?

Je ne vois pas d'autre financement possible qu'un financement national qui socialise la dépense, par le biais de dispositifs comme la CSG. L'assurance maladie réalise trois solidarités : pour les malades, pour les pauvres et pour les familles nombreuses. Il ne faut pas mettre à contribution les collectivités territoriales.

La lourdeur bureaucratique a une cause et une seule : le manque de confiance que les décideurs politiques et la haute fonction publique ont vis-à-vis des fonctionnaires de terrain. Tout doit être justifié, dans une optique obsessionnelle de maîtrise des dépenses de santé, ce qui accentue la lenteur bureaucratique. Sur ce point encore, les ARS ont fait ce qu'elles ont pu avec ce qu'elles avaient, en bonne intelligence avec les médecins généralistes.

Propos recueillis par Manon Bergeron et Julie Jolivet.

[1] Notion théorisée par Michel Crozier et Jean-Claude Thoenig, montrant la capacité des collectivités locales à peser sur la mise en œuvre de politiques impulsées par le pouvoir central. La notion s'inscrit dans la lignée des travaux de sociologie des organisations, dont l'un des pionniers est Pierre Grémion, avec son ouvrage *Le Pouvoir Périphérique* en 1976.

[2] Fonds d'intervention régional, créé le 1er mars 2012. Outil de pilotage confié aux ARS, l'objectif du FIR est de permettre une plus importante souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires.

[3] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[4] PIERRU F., « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la « déconcentration » de la politique de santé », *Savoir/Agir*, 2010 pp. 29-37